

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR

N^o

349

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Idel LEBENSART

Né le 6 juin 1909, à Bucarest (Roumanie)

KYSTES DU MAXILLAIRE
SUPÉRIEUR

PAR INCLUSION ÉPITHÉLIALE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Idel LEBENSART

Né le 6 juin 1909, à Bucarest (Roumanie)

KYSTES DU MAXILLAIRE
SUPÉRIEUR

PAR INCLUSION ÉPITHÉLIALE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BERNARD (E.t.) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Dont le dévouement pour moi fut inépuisable, je dédie ce travail. Témoignage de mon infinie reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

M. LE DOCTEUR HARRY LEBENSART

*Qui a guidé mes premiers pas dans la médecine et dont les conseils me furent si souvent précieux
Mon affectueuse reconnaissance.*

A MA BELLE-SOEUR

Témoignage de ma tendre affection.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
de la Faculté de Médecine de Paris
Chef de Service de Laryngologie
de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service.

AU DOCTEUR DÉCHAUME

Stomatologiste des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*A qui je dois le sujet de cette thèse et qui
voulut bien me donner pendant son élaboration de très précieux conseils. Qu'il soit
assuré de ma profonde admiration et infinie reconnaissance.*

AU DOCTEUR ROUSSEAU-DECELLE

Stomatologiste des hôpitaux

AU DOCTEUR LATTÈS

Stomatologiste des hôpitaux

AU DOCTEUR BORNET

Tous nos remerciements pour les documents qu'ils ont bien voulu nous donner.

AU DOCTEUR MAHÉ

Stomatologiste des hôpitaux
Chef du service de stomatologie
de l'Hôpital Saint-Louis

*En hommage de reconnaissance pour la
bienveillance qu'il nous a montré durant
notre passage dans son service.*

A MES COUSINS

M. LE DOCTEUR CAROL MARCUS

M. LE DOCTEUR LAZARE FRIEDMANN

*Tous mes remerciements pour leur
amical enseignement et leur bienveillante
sollicitude.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE PROFESSEUR SCHWARTZ

M. LE PROFESSEUR SERGENT

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

M. LE PROFESSEUR WEIL-HALLÉ

M. LE PROFESSEUR BRULÉ

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE
DE STOMATOLOGIE

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE
ODONTOTECHNIQUE

KYSTES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

PAR INCLUSION ÉPITHÉLIALE

INTRODUCTION

Parmi les tumeurs bénignes du maxillaire supérieur, les plus fréquentes sont les tumeurs kystiques.

Ces kystes peuvent être divisés en plusieurs groupes :

1^o Un premier groupe, le plus fréquent et le mieux étudié, est celui des kystes paradentaires formés à la suite d'une infection atténuée, se propageant aux débris épithéliaux paradentaires de Malassez par voie corono-radiculaire, soit peut-être par voie hémato-gène. Dans ce cas les dents sont toujours mortifiées ; la carie existant ou non ;

2^o Un deuxième groupe comprend les kystes provoqués par une infection se propageant par voie ligamentaire aux débris épithéliaux paradentaires. Dans ce cas quoique les kystes soient en relation avec les dents, la vitalité des dents persiste intacte et il n'y a que le décollement gingival et ligamentaire qui met sur la voie du diagnostic.

Jarzac en 1925, puis dans la *Revue de stomatologie*

en 1927, Croquefer, Bercher et Ruppe en 1930, Bouvier en 1933 ont mis complètement au point la question de ces kystes.

3° Un troisième groupe, moins bien individualisé, répond à des faits encore discutés.

Il comprend :

- a) les kystes épithélio-lymphoïdes ;
- b) les kystes fissuraires ;
- c) les kystes intra-maxillaires.

C'est surtout ce troisième groupe que nous aurons en vue dans notre étude.

KYSTES ÉPITHÉLIO-LYMPHOIDES

a) Exceptionnellement on trouve dans cette région des kystes épithélio-lymphoïdes que nous décrivons plus bas, suivant l'observation publiée par Forgue et Massabuau dans le *Journal Médical Français* de 1909.

Ces kystes ont comme siège de prédilection la région latérale du cou et se caractérisent par leur siège profond, leur adhérence intime aux grands vaisseaux et leur structure. Ils peuvent se rencontrer aussi sur la ligne médiane dans la région thyroïdienne et présternale et même dans la région naso-génienne, comme celui de l'observation de Forgue et Massabuau que nous relatons ici :

La tumeur, grande comme un œuf, s'étendait en dedans jusqu'au sillon naso-génien et descendait en bas jusqu'à la limite de la lèvre supérieure.

Elle était régulièrement arrondie, de surface lisse, et consistance rénitente. La peau gardait sa mobilité sur la tumeur mais celle-ci était fixée aux plans sous-jacents représentés par la face antérieure du maxillaire supérieur. Dans la cavité buccale le pôle inférieur de la tumeur bombait au niveau du sillon gingivolabial, cette saillie étant bien visible quand on relevait la lèvre supérieure.

La muqueuse était mobile mais anormalement vascularisée.

L'opération du kyste a montré qu'il contenait un liquide huileux avec de nombreuses paillettes de cholestérine.

Au point de vue histologique il s'agissait d'un kyste épithélio-lymphoïde à trois couches superposées :

1° Un revêtement épithélial interne pavimenteux stratifié ;

2° Une couche sous-épithéliale lymphoïde avec de nombreux vaisseaux dilatés ;

3° Une couche externe fibreuse formée par de larges faisceaux ondulés.

La première explication de la pathogénie de ces kystes a été donnée par Pillet, en 1888, qui les croyait naître par la prolifération des restes embryonnaires provenant d'une anomalie de développement du système branchial.

Terrier et Lecène, en 1905, émettent l'hypothèse que l'anomalie de développement primitive, l'inclusion, cause de la prolifération néoplasique à structure spéciale se fait au niveau de la deuxième poche branchiale, là où se développe l'amygdale vers le quatrième mois de la vie embryonnaire.

Un dépôt cellulaire inutilisé ne concourra pas à la formation de l'amygdale normale, mais formera un kyste dont la structure et genèse seront identiques à ceux de l'amygdale. Ils proposent donc d'appeler ces kystes des kystes amygdaloïdes.

Chevassu montre que l'anomalie peut se produire sur n'importe quelle poche branchiale, d'où siège différent des kystes. La situation du kyste devant le maxillaire supérieur est plus difficile à expliquer et on n'a pas encore d'hypothèse plausible à ce sujet.

KYSTES FISSURAIRES

HISTORIQUE.

La première communication sur ces kystes est celle de Bérard en 1837, mais l'auteur ne semble pas avoir beaucoup insisté sur cette variété de kyste.

En 1892, Chatellier, dans « Kystes par rétention glandulaire dans la partie antérieure des fosses nasales » (*Bulletin de la Société de laryngologie de Paris*) rapporte 2 cas de ces kystes dont il fait des kystes par rétention.

En Allemagne, Dunn en 1894, Knapp en 1895 (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde* et Académie médicale de New-York, 1899) ont fait plusieurs études cliniques mais sans examen anatomo-pathologique.

Beck en 1911 puis Köllner donnent des comptes rendus microscopiques de ces kystes. Blumenthal en 1913, Williger en 1918 (*Gesichtspaltenzysten. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*), Peters, Bruggemann, Klestadt, Schmidt * (*Nasenvorhof Zysten, Deutsche Zahnheilkunde heft, 1931*), Hans Moral (*Zysten Fortschritte der Zahnheilkunde, février 1933*) font des études cliniques détaillées de ces kystes et émettent plusieurs explications pathogéniques.

En France, Gignoux (*Revue hebdomadaire de laryngologie* en 1921), Aubriot (*idem*) en 1922 et surtout les D^{rs} Rousseau-Decelle, Lattès et Bornet dans une communication très documentée à la Société de Stomatologie de Paris, en janvier 1934, présentent plusieurs observations de kystes fissuraux.

Cadenat a rapporté à la Société de Stomatologie en février 1932 un cas de kyste fissuraire qui semble totalement différent (il est à l'intérieur du maxillaire et contient de la cholestérine) des formations décrites sous ce nom et dont l'examen histologique n'avait pas été fait.

EXAMEN CLINIQUE.

Ces kystes surviennent surtout chez les femmes jeunes, 25 cas féminins pour un cas masculin suivant une statistique allemande.

Leur évolution est indolente, insidieuse et ce n'est que leur augmentation finissant par devenir visible qui amène les malades à consulter.

Ils siègent au niveau des parois latérales et à la base de l'aile du nez.

A l'inspection l'aile du nez est soulevée, le nez semble élargi considérablement, les narines sont béantes, la lèvre supérieure est tendue. Le sillon nasogénien est parfois effacé, la peau est de coloration, d'aspect et de souplesse normaux.

Les phénomènes inflammatoires, assez rares d'ailleurs, changent cet aspect.

La palpation extra et endo-buccale montre une tumeur fluctuante, élastique, indolore. Suivant la période où on voit les malades, la tumeur a pris un certain volume. Elle peut envahir les parties molles, joue, vestibule nasal, fosses nasales et cavité buccale.

Le kyste se développe sur la face externe du maxillaire mais n'a jamais de connexion avec lui.

Parfois on note un envahissement de la table interne, un certain degré de résorption osseuse vestibulaire surtout si le kyste est volumineux. A l'examen endo-buccal on peut trouver quelquefois l'incisive latérale ou centrale mortifiée, mais un examen approfondi montre que le kyste n'est pas en relation avec les dents. Le vestibule est libre, la muqueuse buccale est normale, la palpation apexienne est indolore, le choc en retour inexistant.

La radiographie montre une ombre diffuse allant plus ou moins loin des fosses nasales et qui n'a pas les contours nets des kystes paradentaires.

La ponction donne un liquide mielleux, un peu filant, légèrement jaunâtre, mais on ne voit pas les paillettes caractéristiques de la cholestérine dont la recherche chimique est négative.

Souvent la ponction fait disparaître le kyste. Ainsi si on examine les malades huit jours après on ne trouve plus aucun des signes cliniques précédents.

Cette guérison peut se maintenir assez longtemps, (sept ans dans un cas relaté par Rousseau-Decelle, Lattès et Bornet). L'examen histologique fait par Beck a montré la présence d'une ou plusieurs

couches d'épithélium cylindrique avec une basale d'épithélium cubique. Entre ces cellules on trouve quelques cellules caliciformes. Donc structure tout à fait semblable à celle de la zone respiratoire.

Köffler trouve de l'épithélium cylindrique autour duquel on voit de véritables glandes sécrétoires.

Le Dr Oberling dans un examen anatomo-pathologique trouve : « Paroi kystique formée par du tissu fibreux et munie d'un vêtement épithélial qui présente les caractères d'un épithélium tantôt pavimenteux, tantôt cylindrique stratifié du type des voies respiratoires supérieures ».

Le diagnostic de ces kystes est assez délicat. S'il y a des phénomènes inflammatoires surajoutés on doit éliminer une ostéopériostite, un abcès d'origine externe ou une parulie. Il faut surtout différencier les kystes fissuraires des kystes intra-maxillaires, des kystes paradentaires et des kystes épithélio-lymphoïdes. Le pronostic est assez bénin.

La ponction donne des rémissions prolongées et l'intervention chirurgicale une guérison définitive.

Les phénomènes inflammatoires rétrocedent spontanément.

Le traitement consiste dans l'extirpation chirurgicale, celle-ci est facilitée par l'existence de la collection qui guide pour la recherche de la membrane kystique.

TECHNIQUE.

*Anesthésie locale.*¹ — On incise dans le sillon vestibulaire et on rugine l'os qui, en général, paraît sain, le lambeau supérieur est décollé jusqu'à ce qu'on trouve la poche kystique qui contient plus ou moins de liquide. On extirpe cette poche en totalité en excitant quelques faisceaux musculaires des muscles de l'aile du nez si nécessaire. L'extirpation de la poche kystique est très délicate car le plus souvent le kyste est affaissé par la sortie du liquide et en plus il adhère intimement aux parties molles environnantes.

Cette paroi kystique est appliquée sur la face externe de l'os qui est intacte. Elle n'a pas de relation avec les dents. Suture ou cicatrisation secondaire. Les suites opératoires se passent en général sans incident notable.

KYSTES INTRA-MAXILLAIRES

HISTORIQUE.

Les études anatomiques de la région palatine antérieure ont montré la présence assez fréquente chez l'adulte d'une évagination plus ou moins profonde venant de la cavité buccale.

Cette évagination contient des débris épithéliaux. Ces faits ont été mis en évidence par Leboucq (*Traité d'anatomie* de Poirier), Ravengel, Piersoll (*Human anatomy*. Philadelphia, 1916), Sicher-Tandler (*Anatomie für Zahnartz*, Vienne, 1928) et Merkel.

Avec les progrès de la radiographie on a remarqué souvent dans cette région des zones de décalcification qui étaient rattachées à des causes dentaires si elles étaient assez larges, considérées comme un agrandissement du trou incisif si elles étaient petites. Des études plus récentes ont montré qu'il s'agissait en réalité, dans certains cas, de kystes intra-maxillaires sans relation avec les dents. Notons surtout les études de Joseph Schroff (*Unusual cysts of the maxilla. Dental Items of Interest*, 1929) et (Cysts in the incisor canal. *Journal of dental research*, décembre 1930) ; Blum Théodor (Cysts in the Jaw. *Journal of the Ame-*

rican dental Association, 1929) ; Euler H. (Die entzündung der papilla incisira und der canalis nasopalatinus. *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, 1928), Hanenstein (Die entzündlichen erkrankungen in canalis nasopalatinus, *ibid*, 1929), Rushton (A kyst in the median palatine suture. *British dental journal*, 1930) ; Wild, (*Dental ilems of interest*, 1930).

En France, le Dr Déchaume présente une étude documentée en même temps que 2 cas de ces kystes qu'il nomme « kystes par inclusion épithéliale » à la Société de Stomatologie de Paris en 1933.

ETUDE CLINIQUE.

Suivant leur siège, leur symptomatologie et leur traitement différent on peut classifier ces kystes en deux catégories :

- 1^o kystes latéraux ;
- 2^o kystes médians.

1^o Kystes latéraux.

Ils sont plus fréquents chez la femme, ont une évolution indolore et ce n'est que leur augmentation de volume les rendant visibles ou perceptibles qui amènent les malades à consulter. Parfois les malades se plaignent de douleurs vagues et leur présence est découverte par un examen clinique ou radiographique.

A l'inspection la face est déformée quelquefois par

une saillie qui relève l'aile du nez, sans modification de couleur des téguments s'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, ce qui est la règle ici.

Le vestibule présente une tuméfaction entre l'incisive latérale et canine, la muqueuse ayant son aspect normal.

A la palpation cette tumeur indolore, de consistance rénitente, fait corps avec l'os maxillaire.

Suivant son volume on la sent s'étendre plus ou moins loin vers le plancher des fosses nasales. On a parfois la sensation de crépitation parcheminée par résorption osseuse.

Le kyste n'est pas en relation avec les dents qui ont leur vitalité intacte.

Les dents sont saines, de coloration transparente, normales. Sensibilité dentaire parfaite et réagissent aux agents thermiques et électriques, choc en retour inexistant.

Le kyste écarte quelquefois leurs racines et on voit alors les dents en rotation et inclination sur l'axe.

La ponction donne un liquide citrin sans paillettes de cholestérine macroscopiques ou microscopiques.

La radiographie montre une image kystique grande, à contours nets, entre les racines de la latérale et canine qui peuvent être dénudés et refoulés par le kyste.

Fait important : au point de vue diagnostique, cette image est latéro-radiculaire et non péri-apicale.

L'examen histologique (Mlle Dobkevitch, laboratoire du Dr Civatte, hôpital Saint-Louis) montre un kyste

vrai à revêtement épithélial pavimenteux, entouré d'une coque fibreuse dense.

Le diagnostic se pose avec les kystes paradentaires et les kystes fissuraires. Nous avons vu comment on les différencie : vitalité de la dent, image radiographique latéro-radulaire. Le pronostic est bénin et les complications très-rares. L'infection est de cause dentaire (périapicale, pyorrhée). L'infection peut se produire aussi à l'occasion de certaines interventions opératoires (incision, ponction, pointes de feu).

Traitement : extirpation chirurgicale, la ponction ne guérissant pas et la récurrence étant précoce.

Anesthésie locale. Incision vestibulaire arciforme à concavité supérieure jusqu'à Fos. Relèvement du lambeau à la rugine.

Trépanation de la paroi osseuse plus ou moins mince.

Elargissement de l'orifice à la pince-gouge.

Enucléation du kyste aux décortiqueurs mousses de Chompret en faisant attention aux pédicules vasculo-nerveux des dents voisines.

Suture ou non. Complications post-opératoires (celles des kystes), hématome, œdème, suppuration. Dans les jours suivants on doit s'assurer que les dents voisines sont toujours vivantes. La guérison est définitive sans récurrence.

2° *Kystes médians.*

Les plus fréquents sont ceux du canal naso-palatin, développés à son extrémité palatine dans la fossette incisive agrandie.

Ils sont moitié intra-osseux, moitié extra-osseux.

Les kystes palatins débutent sous plusieurs aspects différents.

Parfois insidieusement apparaît une tuméfaction indolore qui grossit progressivement et devient perceptible, en même temps qu'elle est sentie avec la langue.

Cette tumeur peut s'enflammer à la suite de la propagation d'une infection soit dentaire (infection périapicale, pyorrhée alvéolaire), soit nasale (grippe), soit buccale (stomatite, appareil mal ajusté, corps étranger, arrête de poisson, poil de brosse à dents).

Ce sont alors des signes subjectifs (névralgies diverses, douleurs locales) ou objectifs (issue de pus par un orifice palatin, favorisée par la pression ou succion) qui amènent le malade à consulter.

Si le kyste a un certain volume il peut empêcher le port d'une prothèse.

Le plus souvent c'est à l'occasion d'un examen clinique ou radiographique qu'on le découvre.

A l'inspection endo-buccale on remarque sur la muqueuse du palais dur, à la ligne médiane, légèrement en arrière des incisives centrales, dans la région de la papille palatine une tuméfaction rouge bleuâtre plus ou moins arrondie.

La palpation donne une sensation spéciale de rénitence. Elle est indolore et amène parfois la sortie d'un liquide louche par un orifice palatin.

Les dents sont saines, leur vitalité normale.

La ponction fait pénétrer l'aiguille dans la cavité

de plusieurs millimètres de profondeur et donne un liquide visqueux blanchâtre sale.

La radiographie montre dans la région du foramen incisif au-dessus des apex des incisives centrales le kyste de dimensions variables s'étendant plus ou moins vers le plancher des fosses nasales.

L'examen histologique montre un tissu composé de fibres conjonctives : au centre une cavité doublée d'une couche d'épithélium pavimenteux (squamous epithelium de Schroff) où on trouve parfois des glandes muqueuses.

FORMES CLINIQUES.

En dehors de cette forme clinique palatine on rencontre quelquefois un kyste médian vestibulaire (qui présente les mêmes caractères que le kyste latéral vestibulaire) ou kyste médian mixte à évolution vestibulo-palatine entièrement intraosseux.

Ce dernier atteint des dimensions assez volumineuses, fait saillie dans le vestibule et sur le palais et va assez loin vers le plancher des fosses nasales.

On peut sentir le choc en retour du liquide du vestibule vers le palais et inversement par un palper bidigital.

A la radiographie le kyste vestibulo-palatin donne une image en forme de cœur, à pointe inférieure, la séparation entre les deux lobes correspondant à la cloison nasale. L'analyse de la paroi d'un tel kyste, opéré par le Dr Déchaume, faite dans le laboratoire de l'hôpital Saint-Louis donne :

« Kyste vrai à revêtement épithélial pavimenteux. Ce kyste est le siège d'une inflammation subaiguë marquée avec suppuration et destruction partielle du revêtement. Réaction de sclérose inflammatoire de la coque ».

Le diagnostic des kystes médians se fait avec toutes les inflammations aiguës et chroniques de la papille palatine.

Le diagnostic radiographique doit éliminer les agrandissements physiologiques du trou incisif et l'infection péri-apicale ou les kystes des incisives centrales. Le pronostic est bon.

Traitement : les incisions et les ponctions n'apportent que des soulagements temporaires. Il faut extirper complètement le kyste.

Anesthésie locale à la novocaïne, adrénaline ou non, complétée par une anesthésie de la fosse nasale correspondante ou des deux, en mettant dans le méat inférieur un tampon de coton imbibé de chlorhydrate de cocaïne à 5 %.

Pour les kystes à évolution palatine on intervient par voie palatine. Incision curviligne suivant les collets des dents en arrière des incisives jusqu'au contact de l'os. Rugination et reclinaison de la fibromuqueuse.

On tombe directement sur le kyste, qui est décollé délicatement, car il a une membrane mince et friable et qui se déchire souvent pour laisser s'écouler son liquide. On curette soigneusement la cavité du kyste et on remet en place le lambeau qui est suturé. Il

faut éviter soigneusement pendant l'opération de léser les nerfs naso-palatins qui adhèrent parfois aux kystes inflammés. Les suites opératoires sont normales.

Les kystes à évolution vestibulaire ou vestibulo-palatine sont opérés par voie vestibulaire.

La technique chirurgicale est semblable à celle employée pour les kystes latéraux, le danger étant ici aussi la lésion des pédicules vasculo-nerveux des dents.

PATHOGÉNIE

1° De nombreuses théories ont été émises concernant la *formation des kystes fissuraires*.

Suivant Brüggemann, le kyste se développerait par oblitération accidentelle du canal lacrymal qui pourrait se prolonger sous forme d'une gouttière ou d'un canal au-dessous de l'attache du cornet inférieur. Cette hypothèse doit être écartée par le fait que le kyste ne creuse pas la face interne de la branche montante mais le bord inférieur de l'orifice piriforme.

On a cru voir l'origine de ces kystes dans l'organe de Jacobson des animaux qui est représenté chez l'homme par une formation septale dans toute son étendue : le tube de Ruysch.

Pour Peters ces tumeurs prendraient naissance aux dépens du canal naso-palatin. Pendant la soudure du maxillaire supérieur et de l'apophyse nasale se développe un cordon épithélial allant du plancher des fosses nasales à la cavité buccale, cordon qui donne naissance au canal naso-palatin.

Cette transformation se fait par adjonction d'un canal secondaire au premier canal. La réunion épithéliale du plancher nasal et de la cavité buccale se

fait dès le début de la vie extra-utérine du côté de la voûte palatine.

Cette réunion laisse libres les deux orifices du canal et s'il reste bourgeons ou débris épithéliaux, ceux-ci vont se développer et donner naissance à un kyste. Cette hypothèse s'applique mieux aux kystes intra-maxillaires qu'aux kystes fissuraires qui sont extra-osseux.

En 1913, Blumenthal précise que les kystes sont situés dans la paroi latérale du vestibule nasal et dans la moitié antérieure du méat inférieur. C'est le lieu d'une fissure faciale d'origine embryonnaire disparaissant au moment de la soudure des bourgeons nasaux externe et interne.

Cette hypothèse n'est appuyée par aucun fait probant.

Les D^{rs} Rousseau-Decelle, Lattès et Bornet se rallient à une hypothèse qui paraît plus vraisemblable. L'orifice buccal primitif est limité par les bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs. Au milieu des bourgeons maxillaires supérieurs va apparaître le bourgeon frontal impair qui se divise à son tour en deux : bourgeon nasal interne et bourgeon nasal externe. Leur fusion détermine la fermeture de chaque gouttière nasale qui se délimite ainsi du côté de la lèvre. La fermeture est complétée par l'apparition du massif intermaxillaire qui participe à la formation de la partie incisive de l'arc maxillaire, de l'orifice antérieur des fosses nasales, de la lame palatine, de la cloison nasale.

Tous ces bourgeons sont séparés à un certain moment, les uns des autres, par des fissures. Au moment de la fermeture de ces fissures il peut y avoir inclusion d'un îlot épithélial, respiratoire, au sein du mésoderme lors de l'accolement et la coalescence du bourgeon frontal ou du bourgeon maxillaire supérieur. Le tissu osseux se développe plus tard et par la suite cette inclusion épithéliale respiratoire évoluera pour son propre compte et donnera naissance à un kyste fissuraire extra-osseux.

2° *Pour les kystes intra-maxillaires médians*, Schroff explique leur naissance de plusieurs façons. Des réactions pathologiques dans le contenu du canal incisif peuvent donner un kyste par :

- a) [occlusion de la lumière d'un conduit nasopalatin ou d'un diverticule ;
- b) prolifération des débris épithéliaux inclus dans les parties molles du canal incisif avec dégénérescence kystique ;
- c) occlusion de la lumière de quelques-unes des glandes muqueuses qui peuvent exister dans les parties molles du canal incisif.

Ces réactions pathologiques sont de type inflammatoire ou sécrétoire.

L'étiologie peut être dentaire (infection apicale, pyorrhée), nasale (grippe) ou un processus inflammatoire de la papille produit par une stomatite, une prothèse mal ajustée, un corps étranger. (Peut-être voie hématogène aussi ?).

Le Dr Dechaume se rallie à l'hypothèse suivante :

Les bourgeons qui donnent naissance aux fosses-nasales, aux maxillaires et à la cavité buccale se fusionnent dans la région canine-incisive latérale. Il peut donc y avoir dans cette région des inclusions épithéliales :

- 1^o type muqueux respiratoire (épithélium cylindrique stratifié) qui donneraient naissance à un kyste fissuraire ;
- ou 2^o type muqueux buccal (épithélium pavimenteux stratifié) qui donnerait naissance à un kyste intra-maxillaire latéral.

Les kystes intra-maxillaires médians naissent des inclusions épithéliales sur la ligne médiane.

En effet le canal palatin est le reste de la communication primitive entre les cavités buccale et nasale.

L'occlusion de cette communication se fait dès le début de la vie extra-utérine du côté de la voûte palatine, comme le prouve la présence assez fréquente chez l'adulte d'une évagination plus ou moins profonde venant de la cavité buccale. (Leboucq, *Traité d'anatomie* de Poirier). Ceci suffit à expliquer l'existence possible sur la ligne médiane d'inclusions épithéliales.

Le Dr Dechaume propose donc d'appeler les kystes fissuraux et les kystes intra-maxillaires « des kystes par inclusion épithéliale ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (*Kyste épithélio-lymphoïde*).

Forgue et Massabuan, *Journal médical français*, 1909, n° 4).

B. J..., âgé de 35 ans, présente dans la région naso génienne gauche une tumeur du volume d'un œuf environ, assez régulièrement arrondie qui s'étend en dedans jusqu'au sillon nasogénien et descend en bas jusqu'à la limite de la lèvre supérieure.

La surface de la tumeur est lisse, sa consistance rénitente, la peau est très mobile sur la tumeur, mais celle-ci est absolument fixée aux plans sous-jacents représentés par la face antérieure du maxillaire supérieur.

Dans la cavité buccale le pôle inférieur de la tumeur bombe au niveau du sillon gingivo-labial et cette saillie se voit bien quand on relève la lèvre supérieure, la muqueuse qui a conservé sa mobilité est anormalement vascularisée.

Opération le 30 juin 1908. La muqueuse buccale est incisée sur le pôle inférieur de la tumeur et celle-ci est isolée dans tout son hémisphère inférieur qui est excisé ; l'ouverture du kyste laisse échapper un liquide huileux renfermant de nombreuses paillettes brillantes de cholestérine. Curettage et tamponnement de la calotte supérieure du kyste adhérente et inextirpable.

Le 15 juillet le malade sort guéri.

Etude anatomo-pathologique du kyste : paroi formée de trois couches superposées :

1° Couche interne constituée par un revêtement épithélial pavimenteux stratifié ;

2° Zone sous-épithéliale formée de tissu adénoïde ;

3° Zone externe formée par du tissu conjonctif fasciculé.

OBSERVATION N° 2 (*Kyste fissuraire*).

D^{rs} Rousseau-Decelle, Lattès et Bornet, Service de Stomatologie de l'hôpital Lariboisière.

Mme J... vient dans le service de stomatologie en juin dernier pour une tuméfaction indolente de l'aile du nez du côté droit apparue six semaines auparavant.

A l'inspection, en effet, l'aile du nez est soulevée, le nez semble considérablement élargi de ce côté, la lèvre supérieure est légèrement tendue ; le tout est recouvert par une peau de coloration et aspect normaux.

A la palpation, cette tumeur qui semble remonter très haut est fluctuante et élastique ; au cours de l'examen on n'éveille jamais de douleur chez la malade.

A l'examen endo-buccal, on trouve l'incisive latérale supérieure droite couronnée ; elle est mortifiée et tout d'abord on pense à un kyste paradentaire mais le vestibule est libre. La muqueuse est saine et la palpation apexienne ne réveille aucune sensibilité douloureuse.

● Aucune radiographie n'est pratiquée.

Une ponction vide complètement la poche et ramène environ 2 cmc. d'un liquide blanc, mielleux, sans paillettes de cholestérine.

La cure radicale est remise à huitaine pour laisser au kyste le

temps de se remplir à nouveau de liquide. Mais à ce moment nous ne retrouvons aucune trace de tuméfaction.

Malgré tout nous intervenons car nous pensons déjà à la possibilité d'un kyste fissuraire. Incision dans le sillon vestibulaire en regard de D_2 , rugination et de l'os qui paraît sain. Trépanation à l'apex de D_2 et aucune trace de raréfaction osseuse. Nous continuons à décoller à la rugine le lambeau supérieur de plus en plus haut jusqu'à l'insertion des muscles de l'aile du nez : on finit par tomber sur une poche kystique, complètement ratacinée, d'où sort une goutte de liquide. Cette paroi n'a aucun rapport avec l'incisive latérale, ni avec les dents voisines, elle est appliquée sur la face externe de l'os qui est intact. On l'extirpe, en totalité, en excisant quelques faisceaux musculaires.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué par le Dr Oberling nous a donné les renseignements suivants : « paroi kystique formée par du tissu fibreux et munie d'un revêtement épithélial qui présente les caractères d'un épithélium tantôt pavimenteux, tantôt cylindrique stratifié, du type des voies respiratoires supérieures.

Il s'agit de toute évidence d'un kyste dû à une malformation embryonnaire (inclusion d'un débris épithélial provenant des voies respiratoires supérieures, sinus maxillaire). »

OBSERVATION N° 3 (*Kyste fissuraire*).

D^{rs} Rousseau-Decelle, Lattès et Bornet.

(Service de Stomatologie, hôp. Lariboisière).

Le 31 octobre 1933 M. D... vient pour une tuméfaction de l'aile droite du nez survenue il y a une huitaine de jours environ.

Tuméfaction de la grosseur d'une noisette, effaçant le sillon

naso-génien et non douloureuse. La peau qui la recouvre est de coloration normale.

A la palpation, cette tuméfaction est un peu rénitente, fluctuante, à aucun moment on n'éveille de douleur nette.

A l'examen endo-buccal on constate dans le vestibule, une petite tuméfaction, très haut située au-dessus de l'alvéole déshabitée de l'incisive latérale supérieure droite, extraite il y a huit ans. Rien dans le vestibule nasal.

Une ponction pratiquée le même jour ramène un liquide mielleux, légèrement jaunâtre, un peu filant, mais on ne constate pas apparemment de paillettes de cholestérine.

Huit jours après on revoit le malade, la tuméfaction a complètement disparu, le sillon naso-génien est redevenu normal et l'examen endo-buccal est négatif.

L'intervention est remise à une date ultérieure car il est très difficile de rechercher la membrane kystique lorsqu'on n'est pas guidé par la collection ; nous en avons vu précédemment la difficulté. Or, fait curieux, le malade était venu, il y a sept ans environ, pour des phénomènes semblables, du même côté, et présentait les mêmes symptômes : tuméfaction rapidement apparue sans douleur, aucune relation avec le système dentaire.

A l'opération, l'intervention s'était avérée difficile et à vrai dire le diagnostic était resté en suspens. On a cru à un abcès d'origine externe ou à une parulie.

Tout rentra dans l'ordre et pendant sept ans le malade fut tranquille de ce côté. Ajoutons qu'il fit, il y a quatre ans, un phénomène semblable du côté opposé qui céda à la ponction.

Ainsi donc ces kystes se comportent comme des tumeurs fantômes qui disparaissent après ponction et dont jusqu'ici le diagnostic n'avait pas été fait.

OBSERVATION N° 4.

(*Kyste intra-maxillaire médian à évolution palatine*).

Joseph Schroff (Cysts in the incisor canal).

Journal of dental research, décembre 1930.

Mlle A. B..., 23 ans, recommandée par le Dr H. Dartels.

Il y a quatre mois, en septembre 1928, elle remarque pour la première fois une tuméfaction molle sur son palais, en arrière des incisives centrales. Cette tuméfaction disparaît en quelques jours. Le 17 janvier 1929 cette tuméfaction réapparaît et devient plus grosse. Aucune sensibilité, aucune douleur.

Un examen du palais révèle une tumeur arrondie, rouge bleuâtre dans la région de la papille dentaire.

A la palpation sensation de fluctuation, impression de kyste. Toutes les dents sont présentés, en bon état apparent et réagissent aux tests de la vitalité. On prend une empreinte.

Une radio de la région incisive supérieure donne une image très nette d'une large zone de décalcification.

Opération : le 27 janvier 1929 sous-anesthésie locale on fait une incision courbe en arrière du collet des incisives centrales. La fibro-muqueuse est soigneusement décollée et séparée de la tumeur qui y adhère dans la région de la papille. On découvre un kyste à la ligne médiane du palais dur, à l'endroit précis du foramen incisif. La membrane de ce kyste était fine, et facilement déchirée. Un peu de liquide visqueux s'en échappe. Après avoir enlevé toute la membrane apparut une large cavité s'étendant vers les fosses nasales. La fibro-muqueuse fut remise en place et suturée.

Guérison sans incident. Paroi kystique formée de fibres de tissu conjonctif, au centre une cavité doublée d'une couche d'épithélium pavimenteux.

Commentaire : immédiatement après l'opération, la patiente reçoit une lettre de son père, l'invitant à ne pas accepter l'opération parce que lui-même, placé dans les mêmes conditions, n'y avait pas recours.

En correspondance avec son père, on apprit l'histoire suivante : « Vers l'âge de 20 à 30 ans à peu près, je notai à plusieurs reprises une tuméfaction molle à la partie antérieure de mon palais qui se déchargeait dans la bouche par la papille sur la ligne médiane, juste derrière les incisives.

« Je n'ai jamais examiné soigneusement le liquide qui en sortait.

Ce kyste se reforma plusieurs fois entre 30 et 40 ans. Vers 45 ans la tuméfaction réapparut, mais devint plus sensible, plus douloureuse et ne se vida pas. Je consultai un dentiste qui l'incisa, il en sortit un liquide sanguinolent et ressemblant à du pus. Immédiatement la tuméfaction s'affaissa et se cicatrisa. Pas de récurrence jusqu'à ce jour ».

OBSERVATION N° 5.

(Kyste intra-maxillaire médian à évolution palatine).

Joseph Schroff (*idem*).

Mme L. S..., 49 ans.

Il y a environ quatre ans on lui fit des extractions au maxillaire supérieur, puis elle fut pourvue d'un appareil complet.

Il y a environ cinq mois il lui devint impossible de porter son appareil à cause d'une tuméfaction au niveau de son palais.

Cette tuméfaction grossit. La patiente consulte un dentiste qui traite cette tuméfaction par les rayons ultra-violet. La tuméfaction creva, laissant s'écouler un liquide.

Il y a trois semaines environ, réapparition de la tumeur qui empêche de nouveau le port de l'appareil.

L'examen de la bouche le 29 octobre 1929 montre au niveau du palais une tumeur molle sur la ligne médiane dans la région de la papille. Les tissus sont mous, inflammés. Une radio de la région montre une large zone, bien circonscrite, de décalcification s'étendant de chaque côté de la ligne médiane dans la région du trou incisif.

Opération : sous-anesthésie à la novocaïne on fait une incision en contournant le bord antérieur de la tumeur. La fibro-muqueuse est soigneusement décollée de la tumeur qu'elle recouvre et on est en présence d'un kyste, il est situé dans le trou incisif qui est très élargi. Le kyste est complètement énucléé de la cavité, mais pendant ce temps de l'intervention sa membrane se creève et un liquide jaunâtre s'écoule. Mise en place du lambeau et suture. Suites opératoires normales.

Examen histologique de la membrane. Une section longitudinale de la membrane kystique montre un tissu formé de fibres conjonctives. Au dessus on retrouve un fin revêtement épithélial. La cavité kystique elle-même semble être tapissée d'épithélium, mais on ne retrouve pas de cellules épithéliales typiques. Dans cette couche de fibres conjonctives, on retrouve un amas de cellules épithéliales et de nombreuses glandes muqueuses.

OBSERVATION N° 6 (*Kyste intra-maxillaire latéral*).

(D^{rs} Déchaume et Psaume).

Service de Stomatologie de l'hôpital Saint-Louis.

La malade âgée de 16 ans est vue pour un examen dentaire le 12 avril 1933. On découvre alors dans le vestibule supérieur droit entre la canine et l'incisive latérale une légère tuméfaction rénitente et indolore à la pression. L'interrogatoire nous révèle que la malade a ressenti depuis peu quelques vagues douleurs dans cette région. Elle n'a pas le souvenir d'avoir jamais présenté des accidents infectieux d'origine dentaire.

La denture est belle. En particulier l'incisive latérale et la canine sont saines, ont conservé une coloration et des réactions thermiques normales. Elles sont en malposition (rotation et inclinaison sur leur axe, comme si leurs racines étaient écartées l'une de l'autre). A signaler la persistance des molaires de lait inférieures.

Le 15 juin la malade est revue. Elle n'accuse toujours aucun symptôme. La tuméfaction a peut-être légèrement augmentée, elle est moins rénitente et donne la sensation de crépitation parcheminée.

Le diagnostic est confirmé par une ponction (liquide citrin) et une radiographie. Celle-ci montre une image kystique de la grosseur d'une cerise, à contours extrêmement nets, entre les racines D₂ et D₃. Celles-ci, fortement refoulées, semblent dénudées sur leur face en rapport avec la cavité kystique.

Le 21 octobre, l'intervention est pratiquée sous-anesthésie locale. Incision arciforme vestibulaire jusqu'à l'os. Relèvement du lambeau à la rugine. La paroi osseuse est si mince que le kyste est ouvert aussitôt et laisse échapper un liquide séro-sanguinolent.

A la pince-gouge on élargit très facilement l'orifice, suffisamment pour faire l'énucléation du kyste qui est d'ailleurs très facile.

L'examen de la cavité montre des parois parfaitement lisses, la racine de la latérale dénudée sur le tiers de sa face distale au moins. Suture.

Suites opératoires simples. Réunion par la première intention.

Dans les jours suivants on s'assure que les dents sont toujours vivantes.

L'examen de la paroi a été confié au laboratoire du D^r Civatte à Saint-Louis. Il a été fait par Mlle Dobkevitch qui nous a répondu : « L'examen histologique montre un kyste vrai à revêtement épithélial pavimenteux entouré d'une coque fibreuse dense ».

OBSERVATION N° 7.

(*Kyste intra-maxillaire médian à évolution vestibulo-palatine*).

(D^r Dechaume).

Service de Stomatologie de l'hôpital Saint-Louis.

M. R..., 39 ans, est venu à la consultation de stomatologie du D^r Mahé à Saint-Louis le 27 avril 1933. Depuis deux ans il a remarqué que sa lèvre supérieure a augmenté de volume. Cette augmentation s'est faite progressivement avec léger ébranlement des incisives.

Il a consulté son dentiste qui a pratiqué l'extraction de la canine et des deux prémolaires supérieures droites infectées, de la G₃ et G₄ également infectées. Après extraction il a ouvert au thermocautère la tuméfaction, ce qui a donné issue à un liquide jaunâtre. Depuis, tout était rentré dans l'ordre.

Il y a quelques mois la tuméfaction s'est reproduite faisant

saillie, dans le vestibule et le palais. Actuellement la face est déformée par une saillie sous-nasale de la lèvre supérieure sans modification de couleur des téguments.

A la palpation indolore on se rend compte qu'elle atteint le plancher des fosses nasales. Dès l'ouverture de la bouche on retrouve dans le vestibule cette tuméfaction recouverte par une muqueuse de coloration normale. Elle descend jusqu'à 1 cm. du collet des incisives. La voûte palatine est également soulevée par une saillie arrondie de 2 à 3 cm. de diamètre à 1 cm. en arrière du collet des incisives.

La palpation révèle une consistance rénitente, avec le palper bimanuel on peut se renvoyer le liquide vers le vestibule et inversement.

Les dents antérieures qui restent sur l'arcade (incisives centrales et latérales) sont saines et solidement implantées. Elles réagissent aux agents thermiques sauf G₁. Celle-ci est trépanée pour vérifier sa sensibilité, la fraise réveille une douleur dentinaire. La dent est obturée aussitôt.

La radiographie confirme l'existence d'un kyste du volume d'une noix, dont l'image rappelle celle d'un cœur, à pointe inférieure, la séparation entre les deux lobes correspondant à la cloison nasale.

Le 27 avril anesthésie locale complétée par l'application d'un tampon de cocaïne dans les fosses nasales. Incision vestibulaire, en U. En ruginant et reclinant la fibro-muqueuse le kyste est ouvert et donne issue à un liquide jaunâtre.

On procède facilement à l'enucléation du kyste, dont la paroi est formée par une membrane mince qui rappelle celle d'un kyste paradentaire banal. Elle adhère en haut et en arrière au niveau du nerf naso-palatin droit qui est sectionné et également

à la muqueuse palatine (vraisemblablement au niveau de l'ancienne ouverture au thermocautère), pas du tout aux apex des incisives.

Après énucléation, on se rend compte que ces derniers sont comme sucés, confirmant l'impression donnée par la radiographie mais qu'on avait attribué à une déformation par mauvaise incidence en raison de la persistance de la vitalité. Suture des lèvres de l'incision. Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention.

La vitalité des incisives a été vérifiée à plusieurs reprises dans les mois qui ont suivi.

Un fragment de la paroi du kyste a été confié à la pharmacie de l'hôpital Saint-Louis pour examen chimique. Nous avons reçu la réponse suivante: « Il n'a pas été possible de déceler le cholestérol. » Un autre fragment a été adressé au laboratoire du Dr Civatte. Mlle Dobkevitch nous a donné les renseignements suivants :

« L'examen histologique montre un kyste vrai à revêtement épithélial pavimenteux. Ce kyste est le siège d'une inflammation subaiguë marquée, avec suppuration et destruction partielle du revêtement et réaction de sclérose inflammatoire de la coque. »

OBSERVATION N° 8 (*Kyste intra-maxillaire médian à évolution vestibulo-palatine*

en relation avec un décollement gengivo-ligamentaire).

Joseph Schroff (Kystes in the incisor canal),

Journal of dental research, décembre 1930.

Mme H. S., 30 ans, se plaint d'une tuméfaction et de douleurs dans la région incisive supérieure, les douleurs à type névralgique s'irradient vers la région frontale.

Son dentiste localise la douleur à l'incisive centrale gauche et suspectant une gangrène pulpaire, ouvre la dent mais la trouve vivante. La patiente me fut alors envoyée. Au premier interrogatoire, elle me signale qu'elle avait quelquefois remarqué durant une période de quelques années un gonflement de son palais dans la région de la papille et qu'elle pressait sur cette région quand elle voulait se soulager. La centrale gauche était alors sensible.

L'examen de la bouche, le 27 mars 1930, montre que la papille est rouge et tuméfiée. Une sonde très fine peut être introduite de 8 mm. vers le haut, le long de la face mésiale de la centrale gauche. Sur la face vestibulaire, entre les incisives centrales et s'étendant un peu sur la gauche, on trouve une tuméfaction arrondie, bien limitée, qui donne à la palpation une sensation de fluctuation et qui est sensible. Une radio montre une zone de décalcification dans la région du canal incisif.

Opération : une incision vestibulaire courbe et faite au niveau de la région incisive. Quand le lambeau est décollé on n'aperçoit pas l'os entre les incisives centrales mais une masse de tissu mou, ressemblant à un granulome. Ce tissu fut enlevé et laissa une dépression et découvrit le canal incisif et la face mésiale de l'incisive centrale gauche. On suture. Pas de suites opératoires.

OBSERVATION N° 9.

(Kyste intra-maxillaire médian à évolution vestibulo-palatine).

Joseph Schroff (*idem*).

D^r R. G..., 31 ans, se plaint d'une sensation bizarre dans la région de la lèvre supérieure et de la narine.

Quand on soulève la lèvre supérieure on découvre une légère tuméfaction et le malade accuse de la douleur.

La palpation dans cette région et aux apex des incisives permet de situer la douleur.

Examen nasal négatif. Patient en excellente santé.

Examen buccal le 10 septembre 1927. Toutes les incisives sont présentes et en bon état. Pas d'obturations. La couleur des dents est normale, elles répondent aux agents thermiques et au test électrique.

Pas d'histoire de traumatisme.

La radio révèle une large zone de décalcification sur la ligne médiane, les apex des incisives centrale et latérale sont apparemment dans cette zone de décalcification. On a un aspect de kyste situé entre le plancher des fosses nasales et les procès alvéolaires. Il paraît même y en avoir un deuxième plus grand à droite.

Opération : quand la muqueuse fut soulevée sur la droite, au-dessus des apex des dents, on découvrit la membrane kystique, directement en dessous, à travers une mince couche d'os rongé. La membrane kystique fut alors enlevée avec difficulté, elle semblait être retenue sur la ligne médiane. Durant toute l'opération le patient se plaignit d'une douleur dans la région naso-palatine, surtout au moment de l'arrachement de la membrane.

Après l'opération on a pu introduire une sonde à travers la cavité sur la ligne médiane, tant du côté droit que du côté gauche. Le kyste contenait une grande quantité de substance épaisse, rougeâtre (l'artère palatine descendante passe à travers le canal naso-palatin).

Il semble donc que nous ayons deux kystes à traiter et comme le patient ne voulut pas accepter qu'on ouvrit les deux côtés en même temps, le kyste de droite fut seul opéré. L'opération mon-

tra que le kyste était situé en arrière des dents et n'avait aucun rapport avec elles.

Quelques semaines après on opéra le côté gauche, mais après avoir incisé au-dessus des apex des dents, on ne trouva pas de kyste. Il y en avait évidemment un seul et non deux comme le laissait supposer la radiographie.

Immédiatement après l'opération on obture les canaux de la centrale et latérale droite.

Le 11 décembre 1929 le malade revint et conte l'histoire suivante :

« Depuis quelques jours il s'est développé une tuméfaction dans la région de l'aile du nez à droite. Ce matin il pressa et frotta cette tuméfaction, après quoi il eut une hémorragie abondante par le nez durant deux heures. Juste avant de venir il a eu une seconde hémorragie ». Quand il est arrivé, l'hémorragie se faisait par l'orifice nasal du canal naso-palatin. Une radiographie de la région montre que la cavité osseuse occupée primitivement par le kyste a été comblée par un os jeune à l'exception d'une petite zone au centre, à droite.

Après la deuxième hémorragie le patient ne s'est plaint d'aucun trouble. Une radio prise en juillet 1930 montre une nouvelle formation d'os dans cette zone.

OBSERVATIONS N^{os} 10 et 11

(Inflammations chroniques de la papille palatine.)

Joseph Schroff (*idem*).

Récemment deux patients se présentèrent à la clinique, se plaignant de douleurs vagues dans la région de la papille palatine, douleurs s'irradiant dans toute la bouche et la région nasale.

•

Le premier était M. F., 45 ans.

Le deuxième M. H., 35 ans.

Les deux portent un appareil.

L'examen de chaque cavité buccale montre des crêtes alvéolaires très résorbées et des papilles palatines très proéminentes et très étalées.

On ne découvre rien d'anormal sur les radios que l'on prend de la région incisive. Le foramen incisif est apparemment normal. Chaque papille était sujette à une irritation constante de la part des appareils. On décide d'enlever le contenu du canal incisif spécialement pour l'étudier microscopiquement. L'opération se passe sans hémorragie, sans douleurs et sans autre complication.

Examen microscopique :

1° On découvre un tissu formé de fibres conjonctives avec quelques vaisseaux sanguins au centre. La paroi des vaisseaux est épaissie, des amas de cellules sont visibles. On rencontre aussi des glandes muqueuses.

Pas de tissu nerveux au niveau de la section ;

2° La section montre un tissu avec des vaisseaux sanguins ayant des parois très épaissies. Amas de cellules épithéliales. A un endroit on rencontre une parcelle de tissu osseux avec un épithélium pavimenteux.

Pas de tissu nerveux au niveau de la section

CONCLUSIONS

1° A côté des kystes paradentaires habituels il existe des kystes du maxillaire supérieur qui n'ont pas de relation primitive avec les dents ;

2° Suivant leur siège on peut les diviser en :

a) kystes fissuraires extra-osseux ;

b) kystes intra-maxillaires, qui peuvent être médians ou latéraux.

3° Leur symptomatologie et évolution présentent beaucoup d'analogies avec celles des kystes paradentaires ;

4° La ponction donne un liquide kystique qui ne contient pas de cholestérine ;

5° La radiographie montre :

a) dans les kystes fissuraires une image sans contours nets ;

b) dans les kystes intra-maxillaires une ombre, à contours bien définis, plutôt latéro-radicaire que péri-apicale.

6° L'examen histologique se caractérise ainsi :

a) dans les kystes fissuraires, paroi kystique formée par du tissu fibreux et munie d'un

revêtement épithélial cylindrique du type des voies respiratoires supérieures ;

- b) dans les kystes intra-maxillaires « kyste à revêtement épithélial pavimenteux stratifié du type muqueuse buccale ».

7° Ils prennent naissance des inclusions épithéliales type muqueuse respiratoire ou type muqueuse buccale.

- a) soit dans la région où se fusionnent les bourgeons qui donnent naissance aux fosses nasales, aux maxillaires et à la cavité buccale ;
b) soit dans le canal naso-palatin.

8° Le traitement consiste dans l'extirpation chirurgicale, intervention qui devra ménager les pédicules vasculo-nerveux des dents. La ponction donne des rémissions prolongées dans les kystes fissuraires.

Vu : le Président de la thèse,
P. LEMAITRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERS (F.). — Contributions à l'étude des kystes du canal incisif. *Zahnartzliche Rundschau*, décembre 1933.
- AUBRIOT. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*.
- BLUM (Theodor). — Cysts in the jaw. *Journal of the American dental association*, 1929.
- BROWN-KELLY. — *Journal of Laryng*, 1898.
- *Soc. Royal et Méd. London*, 1919.
- BRUGGEMANN. — *Archiv für laryngologie*, 1920.
- CADENAT. — Kystes fissuraires du maxillaire supérieur. *Revue de stomatologie*, février 1932.
- CHATELLIER. — Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales. *Bulletin de la Société de laryngologie*. Paris, 1892.
- CHEVASSU. — Les kystes branchiaux à structure pharyngo-salivaire, en particulier les kystes pré-sternaux. *Revue de Chirurgie*, 1908.
- CROQUEFER. — Contribution à l'étude histologique des kystes paradentaires. *Thèse Paris*, 1924.
- EULER. — Die entzündung der papilla incisira und der canalis naso-palatinus. *Deutsche Zahnartzliche Wochenschrift*, 1928.
- GIGNOUX. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1921.
- HAUENSTEIN (K.). — Die entzünd lichen erkrankungen in canalis naso-palatinus. *Deutsche Zahnartzliche Wochenschrift*, 1929.

- JAQUES. — Les kystes mucoides congénitaux du seuil
narinaire. *Presse médicale*, juin 1933.
- KNAPP. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1895.
— *Académie médicale de New-York*, 1899.
- LEMAITRE et RUPPE. — Considérations topographiques
sur kystes parodontaires. *II^e Congrès de la So-
ciété latine U. R. L.*, 1931.
- MALASSEZ et GALIPPE. — Débris parodontaires Ed. Mas-
son, 1910.
- MORAL (Hans). — Zysten. *Fortscritte der Zahnheilkunde*,
Febr. 1933.
- PIERSOL. — *Human-anatomy*. Philadelphie, 1916.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie*.
- PILLET. — Deux cas de kystes dermo-lymphoïdes du
cou. *Bulletin Société anatomique*, 1889.
- RUSHTON. — A cyst in the median palatine suture.
British dental journal, 1930.
- SCHMIDT. — Nosenvorhofzysten. *Deutsche Zahnheilkunde*
heft, 1931.
- SCROFF (Joseph). — Unusual cyts of the maxilla. *Dental*
items of interest.
— Cysts in the incisor canal. *Journal of dental research*,
déc. 1930.
- SICHER-TONDLER. — *Anatomie für Zahnartz*, 1928.
- TERRIER et LECÈNE. — Les kystes branchiaux du cou à
structure amygdaloïde. *Revue de Chirurgie*, 1905.
- WILD (H.). — *Dental items of interest*, 1930, p. 63.
- WILLIGER. — Gesicht palten Zysten. *Deutsche Monats-
chrift für Zahnheilkunde*, 1918.



